



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

**Servicios de Colocación Voluntaria (por sus siglas en inglés, "VPS")**  
**Comunicado del Equipo Médico para Hogares de Crianza**  
**Temporal (por sus siglas en inglés, "FCMT")**  
**Voluntary Placement Services (VPS)**  
**Foster Care Medical Team (FCMT) Communication**

**Información del niño**

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ORIGEN ÉTNICO	IDENTIFICACIÓN ACES DEL CLIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
EXENCIÓN PRINCIPAL HCBS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	EL CLIENTE RESIDE EN EL SIGUIENTE TIPO DE COLOCACIÓN (POR FAVOR, MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> Hogar de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Residencia Asistida <input type="checkbox"/> Centro de Atención de Grupo			
FECHA APROBADA PARA EXENCIÓN		FECHA DE ENTRADA EN COLOCACIÓN VOLUNTARIA		

**Información de Padres Sustitutos**

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD	ESTADO <b>WA</b>	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO <b>WA</b>	CÓDIGO POSTAL	

**Información de la Residencia Asistida / Centro de Atención de Grupo**

AGENCIA RESIDENCIAL			NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CIUDAD	ESTADO <b>WA</b>	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO <b>WA</b>	CÓDIGO POSTAL	

**Información del Trabajador Social de VPS de la DDA**

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL		NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	
OBLIGATORIO (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)			
<input type="checkbox"/> Dirección actualizada del cliente	<input type="checkbox"/> Sin cambio en el Servicio		
<input type="checkbox"/> DDASW Actualizada	<input type="checkbox"/> Ya no es cliente de la DDA (anote el motivo en la casilla de comentarios)		
<input type="checkbox"/> Evaluación Anual	<input type="checkbox"/> Otro (anote la información o solicitud en la casilla de comentarios)		
<input type="checkbox"/> Anote la DDASW en la pantalla AREP para Medicaid / Programa de Exención			

COMENTARIOS

**Información del Trabajador social de FCMT**

NOMBRE DEL TRABAJADOR DE FCMT		NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)		NÚMERO DE FAX
-------------------------------	--	---	--	---------------